

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

| | | | | | | | | | |
|-------------|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 入所申込者(本人)氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| 受付番号 | | 保険者(番号) | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|-------------------|-----|
| ケ ア マ 年 ネ ジ 月 ヤ 日 (記 入 日) 欄 | 事業所名 | | 連絡先電話番号 | | | |
| | 担当ケアマネジャー氏名 | | 職 種 | | | |
| | 基 本 的 評 価 基 準 | | | | | |
| | | 要 介 護 度 | 介 護 者 の 有 無 | 在 宅 サ ー ビ ス の 利 用 率 | 地 域 性 | 合 計 |
| | | 3・4・5 1・2 (特例入所対象) | ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯 ・その他の世帯 | % □未利用 □入院・入所中 | 同一市町村・ 圏域内、隣接市 | 点 |
| | 点数 | 点 | | 点 | 点 | |
| | 意 見 欄 | 【本人の心身の状況】 | | □十分なケア(ナイトケア等)が受けられない | | |
| | | □常時の介護や見守りが必要である □認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、 介護者の日常生活に支障がある □寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介 助が必要である □多少の一部介助や見守りを必要とする □ほとんど自立による日常生活が可能である □その他 () | | □病院等の入所者で帰る家がない □介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担して いるなど経済的理由 □その他 () | | |
| | 見 欄 | 【介護者の状況】 | | 【住環境】 | | |
| | | □介護者が全くいない □介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる □介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・ 就労・その他:) □介護者が遠隔地にいる □介護者が近隣にいる □同居の介護者がいる(人) □その他 () | | □介護疲れがひどい □殆どかわかっていない □在宅サービスを利用しているが介護疲れがある □在宅サービスの利用にて順調 □在宅サービスの利用ないが順調 ・意思疎通 □慣れた人でも意思疎通は困難 □家族など慣れた人なら問題はない □特に問題はない ・入所について □強く拒否している □拒否傾向 □意思確認が困難 □希望はしていないが同意している □同意している □強く望んでいる | | |
| 見 欄 | 【在宅生活継続の可能性】 | | 【参考項目】 | | | |
| | □極めて困難 □在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある □検討の余地あり □在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる □その他 () | | □慣れた人でも意思疎通は困難 □家族など慣れた人なら問題はない □特に問題はない ・入所について □強く拒否している □拒否傾向 □意思確認が困難 □希望はしていないが同意している □同意している □強く望んでいる | | | |
| 見 欄 | 【在宅生活に支障のある状況】 | | 【参考項目】 | | | |
| | □近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 | | □同意している □強く望んでいる | | | |
| 【特記事項】 | | | | | | |

| | | | |
|---------------|----------------------|---------------------|--|
| 施設 記入 欄 | 年 月 日 (記入日) | 医療の必要性 | |
| | | 同居以外の親族 や援護者の有無 | |
| | | 在宅介護の可能性 ・介護者の事情 | |
| | | 家族の 介護負担感 | |
| | | 住環境の状況 | |
| | | その他 | |

| | | | | | | | | |
|---------------|----------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------------|------------------|-------|----|
| 入所申込書受付日 | | 年 月 日 | | 受付番号 | | 入所日 | 年 月 日 | |
| 保険者への報告 | | 要 ・ 不要 年 月 日 | | 保険者から の情報提供 | 有 無 | 年 月 日 | | |
| 施設 記入 欄 | 年 月 日 (記入日) | 要介護度 | 介護者の有無 | | 在宅サービスの利用率 | 地域性 | 合計 | |
| | | 1・2・ 3・4・5 | ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯 | | % □未利用 □入院・入所中 | 同一市町村 圏域内、隣接市 | | |
| | | 点 | | 点 | 点 | 点 | | |
| | | 【評価すべき個別的事項等】 | | | | | | |
| | 欄 | 年 月 日 (記入日) | 要介護度 | 介護者の有無 | | 在宅サービスの利用率 | 地域性 | 合計 |
| 1・2・ 3・4・5 | | | ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯 | | % □未利用 □入院・入所中 | 同一市町村 圏域内、隣接市 | | |
| 点 | | | 点 | 点 | 点 | | | |
| 【評価すべき個別的事項等】 | | | | | | | | |